Rok XXXVII. Kraków 15. Października 1898. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Krótki pogląd na dzisiejszy stan bakteryologii chorób spojówki i rogówki*)

podał

Dr. Kazimierz Jarnatowski (Wrocław).

Rozwój bakteryologii ogromne w medycynie spowodował postępy. Ciemności panujące nad wielu stanami chorobowymi ustroju ludzkiego rozpraszają się powoli dzięki odkryciom, odsłaniającym nam przyczyny tych chorób; nic dziw więc, że i sposób leczenia odpowiedniejszy lepsze osiągnął wyniki, jak pierwej. Oko stojące w bezpośredniej styczności z światem zewnętrznym podlega naturalnie i szkodliwym jego wpływom, i stąd też z wszystkich chorób ocznych najczęstsze są choroby spojówki i rogówki. Podczas gdy do roku 1879 prawie wcale nie znano prawdziwych przyczyn tych zapaleń i przypisywano je wpływom metereologicznym lub klimatycznym i tylko klinicznie umiano rozróżnić jedne od drugich, to dzisiaj znamy w większej części zarazki, będące przyczyną tych zapaleń, również jak ich właściwości biologiczne i rolę w patogenezie; i dlatego doskonalsze ocenienie i znajomość choroby i jej skutków, jako też i odpowiedniejsze leczenie jest możliwsze. Od przedostatniego zestawienia zdobyczy naukowych na tem polu podanego przez Lebera i Sattlera w roku 1888 na 7-mym międzynarodowym Zjeździe okulistów w Heidelbergu, do roku 1897, w którym Uhthoff na XI. międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Moskwie podał ostatnie wyniki badań bakteryologicznych, nauka bardzo wielkie zrobiła postępy. Nawet w tak krótkim czasie od r. 1897 do dzisiaj można już stwierdzić nowe licznych badań zdobycze.

Zapalenie spojówki. Jako zarazki będące przyczyną zapalenia spojówki, można z pewnością uważać dzisiaj następujące drobnoustroje: 1) Dwoinki rzeżączkowe Neissera *(Gonococcus)*, 2) Prątek Koch-Weeka, 3) Dwoinki Fraenkel-Weichselbauma *(Pneumococcus)*, 4) Paciorkowiec *(Streptococcus pyogenes)*, 5) Podwójny prątek Morax-Axenfelda *(Diplobacillus)*, 6) Gronkowce *(Staphylococcus)*, 7) Wrzekome dwoinki rzeżączkowe, (Pseudogonokokki) zarazki ostrych nieżytów postaci jaglicowej, *(Conj. follicularis)* (sprawa zarazków jaglicy *(trachoma)*, 8) Prątek błoniczy Klebs-Loefflera, 9) Prątek okrężnicowy *(Bacterium coli commune)*. Oprócz wymienionych znaleziono w spojówce wiele innych, jak *Mikrococcus minutissimus* (Bach), potem przez Gromakowskiego opisany prątek, barwiący się sposobem Grama i odmianę *Bacterium coli* opisaną przez Taylora i Axenfelda. Chciałbym już na tem miejscu zwrócić uwagę na ten ostatni drobnoustrój, który daleko większą w patogenezie chorób spojówki zdaje się grać rolę, niż tę, jaką mu dotychczas przypisywano. Zarówno Groenouw, jak i ja, mieliśmy sposobność stwierdzić *bacterium coli* w zapaleniach spojówki i narządu łzowego. Hodowle składały się w tych przypadkach li tylko z tych zarazków (o czem później).

Prątki gruźlicze trądu, twardzieli, grzybki promienicze, pleśniawki, *leptotrix buccalis* nie grają roli przyczynowej w ścisłem słowa znaczeniu. Co się tyczy owych dwóch przypadków, podanych przez Tersona i Gabrielidesa[132]), spowodowanych przez prątki ozaeny (podobne zresztą bardzo do prątków Friedlaendera *(pneumobacillus)*, to nie jest to stanowczo stwierdzonem. Przechodzę do poszczególnych znanych nam dokładniej drobnoustrojów.

Dwoinki rzeżączkowe Neissera. Drobnoustroje te zostały odkryte przez Neissera w r. 1879 i rola ich w patogenezie dokładnie przez niego zbadaną. Wywołują one ciężkie, dla swych powikłań rogówkowych niebezpieczne, bezwarunkowo zaraźliwe zapalenia spojówki u noworodków, rzadziej u dorosłych. Powstaje wówczas znamienny obraz, którego nie będę opisywał, gdyż jest dostatecznie znanym. Chciałbym tylko nadmienić, że oprócz tych ciężkich zapaleń wywołują dwoinki Neissera, widocznie wskutek zmniejszonej swej żywotności, także lekkie nieżyty spojówki, mijające względnie prędko i bez komplikacyi rogówkowych oraz ostre zapalenia z charakterem nieco jaglicowym i obfitemi wydzielinami *(Conj. follicularis)*. Zdarzają się także i błoniaste zapalenia *(Conj. pseudomembranacea)*, które przybierają charakter błonicowaty, jak w pierwszym okresie błonicy. Następuje to albo wskutek leczenia (Chassaignac albo też wskutek przejścia tego zapalenia, wywołanego przez dwoinki Neissera, w zapalenie błonicze, wywołane prątkami Klebs-Loefflera, co opisali Jacobsen, Legros, Rava, Streatfield, Wecker, Gelpke, Gorecki, Lor, i Coppez. Lecz i bez dołączenia się prątków Loefflera obraz ten powstać może przez sam wpływ ostrych jadów, wytworzonych przez dwoinki rzeżączkowe. Więcej zastanawiano się nad tem, w jaki sposób zarażenie jest możliwe; szło mianowicie o to, czy zapalenie powstaje tylko przez bezpośrednie dostanie się zarazków do rogówki, czy też możliwe jest na drodze wewnętrznej, przerzutowej. W pierwszych czasach rozwoju nowoczesnej oftalmologii panowało ogólnie zapatrywanie, które Arlt i Mackenzie wypowiedzieli, i które pierwotnie także von Graefe podzielał, że tylko bezpośrednie dostanie się tych zarazków do spojówki, wywołuje to zapalenie. Lecz już Graefe sam i liczni inni autorowie przyznali później, że zapalenie spojówki powstać może pośrednio przez

*) Odczyt ten był przeznaczony na niedoszły VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

zakażenie całego ustroju dwoinkami (gonokokkami). Przemawia za tem obraz kliniczny powstający w tych przypadkach. Zapalenie spojówki jest obustronne, często powracające, równoczesne zajęcie stawów, prędki i lekki przebieg. Wszystkie te objawy rzadziej się zdarzają w zarażeniu bezpośrednieim. Jeszcze przed odkryciem dwoinek (gonokoków) liczni autorowie zwrócili na to uwagę, jak von Staltenhoff Brander 1854, Berg 1860, Cutterier 1861, Maurac 1883, i zwłaszcza Fournier, który opisuje tak zw. *„ophtalmie rhumatismale“* (Conjunctivitis, Iritis) na podstawie rzeżączki. W nowszych czasach potwierdzają te zapatrywania Staab, Rückert, Loeb, Morax, Parinaud, Peters i Gieber. Powodem tego wewnętrznego *(endogen)* powstania zapalenia spojówki jest zawsze rzeżączka cewki moczowej, przeważnie u mężczyzn, (gdyż u kobiet cewka moczowa rzadziej bywa zajętą) Zeissl, która wywołuje także rzeżączkowe zapalenie stawów. Niezawsze udawało się znaleść dwoinki w tych stawach; w takich razach powstanie tych zmian chorobowych przypisać trzeba jadom, przez nie wytworzonym. Z drugiej strony opisano przypadki, w których wskutek zapalenia spojówki nastąpiło ogólne zakażenie ustroju, objawiające się wybuchem zapalenia stawów bez rzeżączki cewki moczowej. Deutschmann stwierdził to w dwóch przypadkach u noworodków, u których dowiódł istnienia dwoinek Neissera w ropie stawowej. U dzieci spostrzegali to samo Débierre, Clement, Lucas, Fendik, Zatvornicki, Widmark, Lindemann, Wicherkiewicz; u dorosłych tylko Poncet, Gałęzowski, Weiss i Klingelhoefer. Najlepszym dowodem bezpośredniej styczności tych obu objawów choroby jest znalezienie dwoinek tu i tam.

Nadmienić wypada, że w ostatnim czasie liczni autorowie, jak Koch, Staderini, Michel, Koucharski, Wilbrand, Saenger, Staelin zwrócili uwagę na inne dwoinki podobne do Neisserowskich t. zw. wrzekome dwoinki rzeżączkowe *(pseudogonococcus)*, które również mają wywoływać ostre zapalenie spojówki, (jak to później przy jaglicy nadmienię) czasem z charakterem jaglicowym *(Conj. follicularis)*, lecz tem się różnią od dwoinek Neissera, że nie barwią sie sposobem Grama. Dlatego w poszukiwaniach dwoinek Neissera tylko preparat drobnowidowy, barwiony sposobem Grama, mógłby uchronić od omyłek.

Na tem miejscu niechaj mi będzie wolno nadmienić że przy śluzotoku noworodków *(blenorrhoea neonatorum)* znajdowano nie tylko dwoinki Neissera. Przeciwnie czasami wcale ich nie było, natomiast przeważały inne drobnoustroje, jak paciorkowce, dwoinki Fraenkel-Weichselbauma *bacterium coli* i gronkowce i to przeważnie gronkowce złociste. Groenouw, który w ostatnich swych bakteryologicznych badaniach nad ową chorobą znalazł zarazki, powyżej wymienione, zwraca przedewszystkiem uwagę na gronkowca złocistego, którego li tylko w jednym przypadku znalazł w takiej obfitości, że był zmuszonym uważać go za przyczynę zapalenia. Gasparrini i Gifford znaleźli *pneumokokki*. Nadzwyczaj zajmującą jest praca Mengego i Kroeniga z Lipska; badacze ci zadawszy sobie pytanie, które drobnoustroje w poporodowych zapaleniach przewodów płciowych kobiety, grają rolę w zarażeniu spojówki noworodków, doszli również do wniosku, że przyczyną owych zapaleń są paciorkowce, dwoinki rzeżączkowe i *bacterium coli*. Pneumokokków nie znaleźli, lecz stwierdzono niezbicie, że wywołują one gorączkę połogową, więc znajdować się muszą w przewodach płciowych. W pewnych przypadkach, w których dzieci już przy urodzeniu miały śluzotok i wrzody rogówki, powiodło im się stwierdzić, że błony płodowe pękły i wody płodowe odpłynęły na kilka dni przed porodem i że tym sposobem mogły się dostać bakterye do płodu.

Prątek Koch-Weeka. Prątek ten, podobny do prątka wywołującego zarazę myszy, wykrył Robert Koch r. 1883 podczas swego pobytu w Egipcie w lekkich przypadkach t. zw. egipskiego zapalenia oczu i uważały go za przyczynę tej choroby. Gra on atoli zupełnie inną rolę w patogenezie chorób spojówki. Oto Week w Nowym Yorku nie znając badań Kocha znalazł go w r. 1886 w epidemii ostrego zapalenia spojówki (t. zw. *acute contagious Conjunctivitis*) z bardzo znamiennemi przypadłościami, różniącemi się atoli znacznie od jagliczych zmian spojówki; od tego czasu wyniki spostrzeżeń Weeka potwierdzone zostały przez innych, jako to 1887 przez Kartulisa w Egipcie, 1894 roku Moraxa w Francyi, który miał sposobność zbadać rzecz bardzo dokładnie w zakładzie Pasteura, Julesa, Wilbranda, Saenger-Staelina podczas wielkiej epidemii w Hamburgu, przez Gasparrinego, Panasa, Coppeza i 1897 przez Greefta w Berlinie w Charité u dzieci, które z rozpoznaniem śluzotoku *(blenorrhoea)* przysłane zostały do szpitala. Obraz choroby, ukazującej się zwykle w wieku młodym do 20-go roku, rzadko w starszym, i występującej obustronnie, jest następujący: W dwa lub trzy dni po dostaniu się zarazków do spojówki nabrzmiewają powieki, następuje zapalenie ostre, mocne zaognienie i zaczerwienienie się spojówki, która zaczyna wydzielać bardzo obfity wysięk śluzowy, mogący później przejść, — co nie zawsze następuje, — w ropny, tak, że ma się przed sobą obraz typowego śluzotoku *(blenorrhoea)*. Dolegliwości polegają na łzawieniu, paleniu w oczach i nazbyt wielkiej czułości na promienie światła, są więc miejscowe, tak że stan ogólny chorego nie podlega żadnym chorobliwym zmianom. Po jednym lub dwóch tygodniach następuje wygojenie, nawet bez leczenia. Rogówka zwykle nie bywa zajętą. Morax raz tylko znalazł naciek ropiasty na spodzie przedniej komórki *(Hypopyon)*, również rzadko tworzą się u dzieci pryszczyki w spojówce *(phlyctaenae)*. Podczas, gdy lekkie formy zapalenia względnie mało sprawiają dolegliwości, mogą cięższe oprócz wyżej wymienionych przypadłości wywołać zastraszające zmiany, jak nabrzmienie spojówki gałkowej, utworzenie się błon (Coppez), które łatwo dadzą się usunąć, bardzo obfitą wydzielinę ropiastą, wielkie boleści w oczach, nabrzmienie i bolesność przedusznych gruczołów.

Zmiany patologiczne w spojówce, które Week i Morax stwierdzić zdołali w wyciętym kawałeczku własnej spojówki, są następujące: mocne rozszerzenie naczyń krwionośnych, silne nacieczenie ciałkami białemi krwi w powierzchownych i głębszych pokładach błony. Naczynia chłonne również były rozszerzone i napchane białemi ciałkami krwi. Prątki dały się wykazać, lecz bardzo rzadko, w pokładach powierzchownych, nigdy zaś w głębszych.

Prątek sam w hodowli nie porusza się, przyjmuje wszystkie barwniki anilinowe, lecz nie barwi się sposobem

Grama. Leżą te prątki zwykle razem, same dla siebie, lub tworzą łańcuchy. Hodowanie tego zarazka jest nadzwyczaj trudne i stąd pochodzi, że nie udało się ani Kochowi ani Weekowi uzyskać czystej jego hodowli. Powiodło się wprawdzie roli patogenetycznej prątka dowieść o tyle, że wtarłszy mieszaninę z tych prątków i prątków zeskórnienia (xerozy) (od nich właśnie nie zdołali Koch i Week prątków swoich oddzielić), które same przez się nie wywołują zapalenia, wywołano ostre zapalenie spojówki. To było dowodem, że właśnie ten prątek gra ważną przyczynową rolę w tych zapaleniach. Dopiero w r. 1889 powiodło się im osiągnąć zupełnie czystą hodowlę tych drobnoustrojów. Na zjeździe internistów w roku 1890 zdawał sprawę Week już ze 100 takich przypadków. Kartulisowi powiodły się hodowle na agarze i surowicy krwi. Drobnoustrój ten rośnie bardzo miernie i tworzy kolonie ledwie dostrzegalne. Najlepszą pożywką jest 0,5% agar, na którego powierzchni znajduje się trochę surowicy, dolanej przed stwardnięciem agaru (Morax). Inne pożywki, jak żelatyna, ziemniaki, mleko lub nawet łzy (Morax) są mniej lub wcale nieodpowiednie. W hodowlach prątek Kock-Weeka traci prędko swą żywotność. Szczepienie na zwierzęta nie wydaje żadnego wyniku, przeciwnie zaś u ludzi. Week i Morax u siebie samych wywołali przez zaszczepienie to charakterystyczne zapalenie.

Często znachodzono owe prątki obok dwoinek podobnych do dwoinek rzeżączkowych Neissera. W przypadkach tych obraz choroby nie był jakby samymi prątkami spowodowany, czysto nieżytowy, lecz przedstawiał obfite utworzenie się ciałek jaglicowych (*Conj. follicularis*) i czasami był nawet podobnym do samej jaglicy. W rozpoznaniu różniczkowem wchodzą w grę tylko zapalenie spowodowane pneumokokkami, które atoli po większej części jest jednostronne, lub śluzotok, w którym zwykle wydzielina jest obfitszą.

Rokowanie jest samo przez się dobre. Choroba atoli może się znacznie przedłużyć, jeżeli rozpoznając mylnie egipskie zapalenie ócz użyto kamienia piekielnego lub siarczanu miedzi, co wręcz tak szkodzi całemu przebiegowi, że zastraszająco wyglądające zmiany spojówki nastąpić mogą. Jedynem leczeniem są okłady zimne przeciwgnilne i wymywanie, również można później używać roczczynów cynku lub azotanu srebra.

Zapalenie to jest bezwarunkowo zaraźliwe, i dlatego dzieci chore na nie, powinny być usunięte ze szkoły.

Dwoinki Fraenkel-Weichselbauma (Pneumokokki). Drobnoustroje te znajdują się wprawdzie, choć bardzo rzadko, w spojówce zupełnie zdrowej, jak tego dowiedli Gasparrini, Uhthoff i Axenfeld. Rozmnożywszy się lub dostawszy się bezpośrednio w stanie zupełnej swej żywotności do spojówki sprawiają zapalenie i mogą wywołać całe epidemie. Pierwszymi, którzy zarazki te w nagminnych ostrych zapaleniach spojówki znaleźli i przez ich zaszczepienie na zdrowe spojówki zapalenie wywołali, byli Parinaud i Morax w Paryżu w roku 1894. Opisy przypadłości tego zapalenia zgadzają się u obu autorów zupełnie z sobą. Od tego czasu urosła znacznie literatura, tycząca się tej choroby. Z wszystkich prawie stron świata nadeszły wzmianki i opisy tego zapalenia. Bardelli, Haushalter et Viller, Cuenod, Pichler, Coppez, Gifford, Gasparrini, Uhthoff, Axenfeld zajmowali się tem cierpieniem; zwłaszcza ostatni uzupełnił obraz tego zapalenia, czerpiąc swe doświadczenia z epidemii wybuchłej w szkołach w Marburgu w r. 1896.

Przypadłościami tego zapalenia są: lekki obrzęk wodnisty sinawo ubarwionych powiek, rozległe lekkie nabrzmienie spojówki powiekowej, podczas gdy spojówka gałkowa mniej jest zajęta; zaczerwienienie i przekrwienie spojówki, wśród której tu i owdzie widać ciemno-czerwone ograniczone plamki, powstałe z pęknięcia naczyń i wylania się krwi w okoliczną tkankę. Ogólne oznaki zapalenia są względnie małe, nieliczne wydzieliny po większej części śluzowe, w których pływają strzępy ropne, będące właściwą siedzibą zarazków. Znacznie rzadziej to zapalenie spojówki przybiera inną postać. Coppez podzielił je na nieżytowe, pryszczykowe (*phlyctaenulosa)*, jaglicowe (*follicularis)*, i błoniaste (*pseudomembranacea)*. Co się tyczy jaglicowego charakteru zapalenia, to powołuje się on na opis Axenfelda, który na sobie samym wywołał ten obraz choroby przez przeszczepienie, lecz polega to na omyłce. Powodem zapalenia były inne zarazki, bliżej nie określone, znalezione podczas nagminnego zapalenia jaglicowego (*follicularis)*. Pryszczykowe zapalenie powstać może zwłaszcza u zołzowatych dzieci (Axenfeld. Utworzenie się błon (*Conjunctivitis pseudomembranacea)* opisali Morax, Axenfeld, Coppez, Pichler. Zapalenie w tych przypadkach jest znacznie silniejsze, nabrzmienie powiek i spojówki większe, wydzieliny mogą być więcej ropiaste i tak obfite, że możnaby myśleć na pierwszy rzut oka o śluzotoku rzeżączkowym (*C. blenorrhoica)*. Bardzo rzadko wreszcie bywa także zajęta rogówka (Coppez, Pichler, Gasparrini. Te ostatnie postacie zapalenia są rzadkie, podczas gdy pierwej opisane objawy są dość stałe, tak, że można poniekąd już na pierwszy rzut oka stwierdzić etyologię zapalenia; mówię poniekąd, gdyż obraz choroby nie zawsze jest typowy. Naturalnie rozpoznanie rozstrzyga stanowczo preparat mikroskopowy i hodowla.

Zapalenie to występuje w większej części jednostronnie, rzadko obustronnie (Axenfeld), i zwykle w tych porach roku, w których częste zmiany ciepłoty usposabiają do nieżytów narządu oddechowego. Rzadko podlegają chorobie tej dorośli n. p. w epidemii w Sarasdorf w dolnej Austryi opisanej przez Adlera i Weichselbauma na 75 przypadków jeden tylko dotyczył dorosłego, 74 przypadki dzieci. Wszyscy autorowie stwierdzają, że przeważnie dzieci posiadają widoczną skłonność do tej choroby.

Przebieg zapalenia jest lekki i dosyć prędko następuje wyleczenie; rzadko zaś bywa zapalenie uporczywem. Często spotkać można równocześnie zapalenia błon śluzowych narządu oddechowego i to odpowiedniej strony. Coppez spostrzegał raz nawet równoczesne zapalenie płuc. Nie mam zamiaru opisywać właściwości swoistego drobnoustroju, chciałbym tylko dla ułatwienia rozpoznania z preparatu drobnowidowego nadmienić, że zarazek ten posiada otoczkę, która zwykle, lecz niestety nie zawsze, świetnie się uwydatnia w preparacie zrobionym w wodzie. Zaraźliwości pneumokokków zaprzeczyć nie można, gdyż przemawiają za tem tu i owdzie powstałe epidemie; Axenfeld opisał wybuchłą w Marburgu, Gifford w Ohama, Adler i Weichselbaum w Sarasdorf w dolnej Austryi. Lecz zaraźliwość ta nie jest bezwarunkowa. Stąd pochodzi, że często, zwła-

szcza w licznym materyale poliklinik wielkich miast, można spotkać odosobnione przypadki tego zapalenia. Niewątpliwie gra tutaj jakąś rolę usposobienie osobnicze.

Leczenie ogranicza się do zwykłego leczenia zapaleń spojówki. Zamknięcie szkół przy wybuchu epidemii z powyżej wymienionych powodów jest zwykle zbyteczne, w rzadkich tylko przypadkach bardzo ostrych epidemii konieczne. Wystarcza zupełnie usunięcie dzieci chorych ze szkoły.

Paciorkowce *(Streptococcus pyogenes)*. Drobnoustroje te, znajdujące się poniekąd na zdrowej spojówce, lecz nie zawsze (Gasparrini, Villeneuve Uhthoff znaleźli je, Gombert, Martew, Frisch, Morax, niewywołują dwa rodzaje zapaleń spojówki; jedno mające wejrzenie nieżytu, drugie, zapaleń błoniastych *(pseudomembranacea)* lub błoniczych *(diphteritica)*. Tak zwaną postać nieżytową opisał pierwszy Parinaud pod nazwą *Conjonctivite lacrymale à streptocoques*. Cierpienie to było jednostronne, połączone z chorobowemi zmianami narządu łzowego i zdaje się, że zapalenie spojówki powstaje w tych przypadkach dopiero przez wtargnięcie zarazków z narządu łzowego do spojówki. Wydzieliny są nieobfite, za to cała sprawa chętnie rozszerza się na głębsze błony oczne, gdyż spostrzegano zwykle zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego w formie *Iritis serosa*. Ponieważ powiodło się Moraxowi dowieść, że płyn przedniej komory jest wolny od zarazków, grają tutaj widocznie ważną rolę jady, wytworzone przez owe drobnoustroje. Spojówka jest nabrzmiałą i zaczerwienioną, powieki lekko zgrubiałe, gruczoły przeduszne obrzękłe i bolesne. Choroba ta jest rzadką, lecz, czemu pierwotnie przeczono, istnieje, gdyż spostrzeżenia Parinauda potwierdzili inni autorowie (Gasparrini, Gałęzowski, Morax, Valude Bardelli. Oprócz nieżytu wywołują paciorkowce zapalenie błoniaste *(pseudomembranacea)* bardzo ciężkie, kończące się zwykle utratą wzroku przez zajęcie rogówki i późniejsze zropienie całej gałki ocznej. Uhthoff spostrzegał kilka takich przypadków zapalenia błonicowatego, wywołanego przez paciorkowce; raz w przypadku błonicy u 3-letniego dziecka z zejściem śmiertelnem. Zwykle cała gałka zropieje, spojówka podpadnie nekrozie, gruczoły przeduszne również zropieją (Meyer Franke. Coppez zebrał 13 odpowiednich przypadków z całej literatury. W literaturze spotkać się można z opisami przypadków zapalenia spojówki, powstałych przez zakażenie całego organizmu paciorkowcami, objawiających się nabrzmieniem powiek, lżejszem zapaleniem spojówki i mierną wydzieliną. (Leber Wagenmann Axenfeld. W spojówce po większej części zupełnie obumarłej, można było stwierdzić paciorkowce w naczyniach krwionośnych. Przypadki takie tyczyły się dotychczas tylko dzieci i kończyły się ich śmiercią. W leczeniu spróbowano zastosować surowicę przeciwpaciorkowcową Marmorka, lecz z skutkiem niepewnym.

Prątek podwójny *(diplobacillus)* Morax-Axenfeld. Prątki te zostały odkryte w roku 1896 przez Moraxa w Paryżu w instytucie Pasteura i Axenfelda w Marburgu prawie równocześnie. Także i Peters w Bonn spostrzegał je w niektórych postaciach nieżytu spojówki, v. Biard znalazł je na błonie śluzowej nosa. Jestto nieżyt podostry, można powiedzieć prawie przewlekły. Obraz choroby jest następujący: przekrwienie spojówki powiek niskiego stopnia i jej nabrzmienie, podczas gdy spojówka gałkowa zwykle nie bierze udziału w zapaleniu; wydzieliny skąpe, dolegliwości nie wielkie. Dopiero po pewnym czasie zbierają się w kątach powiek, zwłaszcza w wewnętrznym, strzępy ropiaste, będące siedzibą owych prątków. Później dołącza się zapalenie brzegu powiek i sąsiadujących z nim części skóry powiek *(Dermatitis)*, zwłaszcza w kątach oka, i to przeważnie w wewnętrznym, co czasami umożliwia bezzwłoczne rozpoznanie bez uciekania się do badania drobnowidowego. Tę postać zapalenia możnaby nazwać *blepharoconjunctivitis* lub *blepharitis angularis*. Rogówka zwykle nie bywa zajętą; wprawdzie Peters i Morax opisali dwa przypadki wrzodu rogówki, z którego się udało wyhodować prątek Morax-Axenfelda, lecz są to jedyne wzmianki w literaturze. Axenfeld opisał również powstanie pryszczyków w postaci zapalenia wypryskowatego *(Conj. eczematosa)*, lecz i to jest bardzo rzadkiem zjawiskiem.

Prątki te 2 lub 1 μ. długie, nie poruszające się, leżą po dwa lub w łańcuchach, nie posiadają otoczki i nie barwią się sposobem Grama. Znaleść je można łatwo, zwłaszcza w wspomnianych strzępach wydzieliny, i to całe kolonie składające się wyłącznie z charakterystycznych prątków. Oprócz tych znamiennych postaci znajdują się często, zawsze prawie w zastarzałych zapaleniach postacie zwyrodniałe (inwolucyjne), czy to więcej zaokrąglone, czy też na jednym końcu zgrubiałe pałeczkowato itd., tak że na pierwszy rzut oka mylnie sądzićby można, iż się ma przed sobą inne dronoustroje. Rosną one tylko przy 35 lub 37 stopniach na surowicy krwi, agarze, a w ogóle tylko na tych pożywkach, do których domieszane są soki ludzkie (ciecz surowicza z opuchliny itd.). Na surowicy krwi tworzą one przez trawienie wklęśnięcia, na których spodzie kolonie się rozwijają, skąd bardzo charakterystyczne wejrzenie. Na surowicy krwi zmięszanej z agarem nie tworzą one wklęśnięć, lecz na powierzchni leżące, małe, przejrzyste krople, trudno dostrzegalne i mało się różniące od hodowli pneumokoków. Bulion staje się mętnym a po jakimś czasie tworzy się osad. Na pożywkach zwierzęcych rosną bardzo skąpo i prędko następuje zwyrodnienie.

U zwierząt nie wywołują te prątki podwójne żadnych zmian chorobowych, za to człowiek posiada potrzebne do ich rozwoju warunki. U człowieka wywołać można przez zaszczepienie typowe zapalenia z powyżej opisanemi przypadłościami po 4-dniowym okresie wylęgania. Zapalenie to jest więc bezwarunkowo zakaźne.

Przebieg choroby może być bez leczenia bardzo długi, lecz skraca go użycie 1% *Zinc. sulfuric.*, które zdaje się działać swoiście w przypadkach takich zapaleń. Peters poleca również pastę cynkowoichtyolową. Zazwyczaj zdarzają się tylko odosobnione przypadki. Czy zapalenie to może występować nagminnie, jest niestwierdzone, lecz możliwe.

Gronkowce *(Staphylococcus)*. Gatunków tego drobnoustroju jest dosyć wiele: *aureus*, *albus*, *citreus*, lecz pewną rolę w patogenezie zapaleń spojówki grają tylko *aureus* i *albus*. Jednakowoż nie udało się dowieść, że one właśnie wywołują zapalenie spojówki. Dowód ten dla tego jest tak trudnym, gdyż zarazki te, zwłaszcza gronkowiec biały, rzadziej złocisty, dość często się znajdują na spojówce zupełnie zdrowej, jak to stwierdzili Gasparrini, Fick, Marthen, Trousseau et Dubief, Hildebrandt,

Gayet, powtóre dlatego, że siedzibę swoją mają także na skórze w okolicy óez i na brzegu powiek i łatwo się stąd do spojówki dostać mogą. Gdy zaś istnieje zapalenie spojówki, trudno wtedy rozstrzygnąć, czy one stały się powodem zapalenia, czy też dopiero do chorej spojówki się dostały, zwłaszcza, że w znacznej liczbie można tam je spotkać bez możności stwierdzenia jakiegokolwiek ich wpływu na przebieg zapalenia. Próbowano doświadczalnie przez wtarcie hodowli gronkowca złocistego w zdrową spojówkę wywołać jej zapalenie, lecz bez dodatnich rezultatów.

Gronkowca spotyka sie więc zawsze w chorej spojówce. I tak wykazano je w zwykłym nieżycie spojówki, potem w tak zwanym pryszczykowym *(Conj. eczemat.)* a niektórzy autorowie jak Duclaux et Boucheron, Burchardt, Bach, przypisują gronkowcom, zwłaszcza złocistemu, przyczynę choroby. Stanowczego atoli dowodu na to nie ma, zwłaszcza, że w większej części przypadków Axenfeld w swych najnowszych poszukiwaniach dowiódł, że jeżeli pryszczyk nie zropiał, wynik badań bakteryologicznych jest wprost ujemny. Również ani zaszczepienia gronkowców przez nakłócie, czy to u ludzi, czy u zwierząt (Burchardt, Gallenga, Bach, Gifford) ani wtarcie hodowli tego drobnoustroju nie wywołały zapalenia pryszczykowego. (Leber: VII. Zjazd oftalm. w Heidelbergu 1888 p. 358). Widocznie i w tej sprawie gronkowce grają rolę drugorzędną.

Najczęściej znajdowano gronkowce w trzeciej postaci zapalenia spojówki, t. zw. błoniastej *(pseudomembranacea)* (Valude, Guibert, Gasparrini, Terson père, Pichler, Gosetti, Lor, von der Staeten). Lecz i te przypadki nie dowodzą znaczenia przyczynowego owych zarazków. Groenouw znalazł w najnowszych swoich badaniach nad śluzotokiem noworodków *(blenorrhoea neonator.)*, kórych wynik na Zjeździe oftalmologicznym w Heidelbergu w sierpniu 1898 podać zamierza, w jednym przypadku jedynie tylko gronkowca złocistego i to w takiej liczbie, że uważa go za przyczynę śluzotoku. Niektórzy jak Barbier, Cuenod znaleźli te drobnoustroje w chorej spojówce przy żarnicach lub ospie i innych chorobach zakaźnych osutkowych i starają się zwrócić uwagę na to, że zapalenie to jest skutkiem zakażenia ustroju gronkowcami, a więc, że zapalenie to pochodzi ze źródeł wewnętrznych *(endogen)*. Lecz i tutaj wątpliwości są niemałe. Gronkowce grają więc w zapaleniach spojówki przeważnie rolę drugorzędną. Jedyny Coppez przypisuje im rolę przyczynową.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

Przypadek nadmiernego pocenia się, ograniczonego do górnej połowy ciała, z badaniem przemiany materyi.

Podług wykładu i demonstracyi w Towarzystwie lekarskiem we Lwowie, w d. 24-go Czerwca 1898 r.

Podał

Dr. Juliusz Marischler,
asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Przypadek ten wyzyskałem z polecenia Prof. Gluzińskiego w celu badania przemiany materyi, a do tego skłoniło nas przedewszystkiem chemiczne badanie zebranego potu. Chory ten pocił się tak obficie, że mogłem ściekający pot z kończyny górnej chwycić kroplami do podstawionego naczynia. Rozbiór potu z dnia 24-go kwietnia wykazał całkowitego azotu: 0.028% N i chloru 0.2958% Cl, coby odpowiadało około 0.5% Na Cl. W fizyologii Landoisa znalazłem podaną liczbę przeciętną 0.2% Na Cl w pocie, a więc przeszło dwa razy mniejszą, niż w naszym przypadku. Przy zwiększonem poceniu się wzrasta, według Funkego[20]), ilość soli w pocie. Ilość wydzielonego Cl, znaleziona w naszym przypadku, potwierdzałaby zdanie Funkego. Bądź co bądź można było sądzić, że strata chloru w pocie mogła by się odbić na ogólnym bilansie chloru w ustroju. Postanowiłem przeto poddać chorego obserwacyi, któraby pozwoliła porównać ilość spożytego chloru w pokarmach z ilością wydzielonego Cl kałem i moczem.

Badanie przemiany materyi przeprowadziłem w ten sposób, że podzieliłem cały czas trwania doświadczenia na dwa okresy: I okres trwający sześć dni, w którym chory znajdował się bez leczenia i okres II gdzie starałem się zmniejszyć widoczne wydzielanie potu, zapomocą atropiny (0.0015 *pro die Atrop. sulfur.*) Atropina usunęła wprawdzie widoczne wydzielanie potu, zadziałała jednak jednocześnie na przewód pokarmowy. Mianowicie chory, mając w okresie I. stolec zbity i w małej ilości, w okresie II. (podawania atropiny) oddawał kał płynny i obfity. Działanie to atropiny było dla nas nie pożądane, gdyż sprowadziło w wydzielaniu chorego zmiany, które mącić mogą jednolitość przebiegu. Czy zmiany w czynności jelit, o których mowa, nie były koniecznem następstwem naszego leczenia, tego rozstrzygać nie będziemy. Godzi się wszakże wyrazić dwa przypuszczenia, które wydają mi się nieco uzasadnione. Naprzód możnaby przypuścić, że ilość wody, której ujście przez skórę zostało zatamowane, wpłynęła na rozrzedzenie kału. Powtóre wpływ atropiny na nerwy jelitowe mógł pociągnąć za sobą przyspieszenie ruchów robaczkowych, przez zniesienie skurczu, wywołanego stanem czynnym nerwu spółczulnego. Dowodu jednak takiego stanu czynnego nerwu spółczulnego dać nie możemy.

Przez cały czas trwania doświadczenia podawałem choremu jednakową dyetę o następującym składzie: N. 16.22465, Cl. 5.033214, P. 2.33756, Ca. 1.613302. W pokarmach i wodzie sodowej otrzymywał chory dziennie 2220 ctm³ wody. Tablice ułożyłem w ten sposób, że mamy zestawienie części wprowadzonych pokarmami i wydalonych moczem i stolcem. Kolumna bilansu daje nam różnicę ich, a również zestawiłem bilans wprowadzonej i wydalonej wody. *(Patrz. tab. na n. str.)*

Z tablicy załączonej widzimy, że co do azotu, chory nasz zachowywał się przez cały czas trwania doświadczeń prawie w równowadze azotowej.

Pod względem chloru znajdował się chory przez cały pierwszy okres w bilansie dodatnim, t. j. zatrzymywał w tym okresie chlor. Nie będę wyliczał chorób, w których przychodzi do zatrzymania chloru w ustroju; musimy się jednak zastanowić, czy w naszym przypadku, wskutek nadmiernego pocenia się, mogło przyjść do zatrzymania chloru. Jak już wyżej wspomniałem, rozbiór chemiczny zebranego potu wykazał w nim 0.028% N i 0.2958% Cl. Możemy więc przypuścić, że zatrzymanie chloru i azotu u naszego chorego było tylko pozorne, gdyż obydwa te składniki wydzielał on

	Wprowadzono pokarmem					Wydalono Moczem					Wydalono Kałem					Bilans				
	N	Cl	P	Ca	H_2O	N	Cl	P	Ca	H_2O	N	Cl	P	Ca	H_2O	N	Cl	P	Ca	H_2O
4/5	16.22465	5.033214	2.33736	1.613302	2220	14.616	4.8564	2.905308	0.08388	900	2.305	ślad	1.1861	1.5729	120	−0.69635	+0.156814	−1.754048	−0.043478	+1200
5/5	"	"	"	"	"	15.479	4.65192	3.371004	0.1010919	910	"	"	"	"	"	−1.55935	+0.381294	−2.219744	−0.0606899	+1190
6/5	"	"	"	"	"	14.0553	4.8209	3.1312764	0.175764	970	"	"	"	"	"	−0.13575	+0.212314	−1.980164	−0.135362	+1130
7/5	"	"	"	"	"	11.95425	4.686	2.936067	0.087507	825	"	"	"	"	"	+1.96540	+0.347214	−1.784807	−0.047105	+1275
8/5	"	"	"	"	"	14.5336	4.14498	3.44484	0.10878	840	"	"	"	"	"	−0.61396	+0.88823	−2.29358	−0.068378	+1260
9/5	"	"	"	"	"	11.6424	3.93624	2.6995815	0.0662739	770	"	"	"	"	"	+2.27725	+1.09674	−1.5483215	−0.0258719	+1330
10/5	16.22465	5.033214	2.33736	1.613302	2220	13.7004	4.5906825	3.100958	—	1165	7.673	0.2389	2.18595	2.198175	400	−5.14875	+0.2036315	−2.949548	—	+655
11/5	"	"	"	"	"	8.03035	4.305675	3.1172526	0.0490875	935	—	—	—	—	—	+0.5213	+0.488639	−2.9658426	−0.6339323	+885
12/5	"	"	"	"	"	6.10540	5.386947	1.5542604	0.039694	890	—	—	—	—	—	+2.44625	−0.592633	−1.4028504	−0.6245388	+[illegible]
13/5	"	"	"	"	"	10.18710	3.33984	3.0141615	—	1470	—	—	—	—	—	−1.63545	+1.454474	−2.8627515	—	+[illegible]
14/5	"	"	"	"	"	8.5932	2.95218	2.4492699	0.027918	990	—	—	—	—	—	−0.04155	+1.842134	−2.2978599	−0.6127628	+830

w nadmiarze potem. Potwierdzenie takiego zachowania się mamy w bilansie wody. Jeżeli porównamy ilości zatrzymanej wody i chloru, to widzimy, że ilości te stoją do siebie w prostym stosunku. Im chory mniej wody wydzielał moczem i im więcej wody zużywał na wytworzenie potu, tem większa ilość chloru pozornie uległa zatrzymaniu. Podobne zachowanie się ustroju zdrowego, podczas pocenia się, znalazł Leube [21]) pod względem mocznika. Mianowicie, człowiek zdrowy, tracąc potem azot, wydziela mniej mocznika moczem. Przeciwnie zachowuje się chory z zapaleniem nerek (Noorden [22]), gdyż większe wydzielanie azotu potem nie wpływa na wydzielanie azotu moczem. W naszym przypadku, co do chloru mamy podobne zachowanie się; dla azotu jednak, podług otrzymanych liczb, z trudnością tylko moglibyśmy przyjąć podobny stosunek.

Bilans fosforu u naszego chorego był stale ujemny. Podług Zuelzera [23]) przy fosforze trzeba zwrócić uwagę nie tylko na bezwzględną ilość fosforu, lecz i na stosunek ilości wydzielanego fosforu do ilości wydzielanego azotu.

Znak ujemny w bilansie oznacza, że ilość wydzielanego fosforu do pobranego bezwzględnie była powiększoną. By przekonać się, czy i względna ilość fosforu znajduje się w stosunku nieprawidłowym, musimy porównać stosunek N : P w pokarmach ze stosunkiem N : P w wydzielinach. W podawanem choremu pożywieniu N : P. ma się jak 100:14, t. j. na 100 części N wypada 14 części P; ten sam stosunek w moczu N : P = 100 : 20, a stosunek azotu całego, t. j. wydzielonego moczem i kałem, do całego fosforu (t. j. również wydzielonego moczem i kałem), przedstawia się jak 100:25. W przypadku tym jest więc nie tylko bezwzględna, lecz i względna ilość wydzielanego fosforu, powiększoną. Względna ilość fosforu ulega powiększeniu, jeśli jakiś narząd, zawierający znaczne ilości fosforu, ulega rozkładowi. Takimi narządami są przedewszystkiem ośrodkowy narząd nerwowy i kościec. Przy wszystkich więc stanach depresyi nerwowej, przy guzach mózgowych, zapaleniu opon mózgowych, wiądzie rdzenia kręgowego, syringomyelii itd., możemy znaleźć powiększoną względną ilość fosforu. Już wyżej zaznaczyłem, że u naszego chorego można zauważyć pewnego rodzaju depresyę nerwową. Angielski autor Jones [24]) stwierdził, że i u prawidłowego człowieka przebiega wzmożone wydzielanie potu zazwyczaj wśród depresyi nerwowej. Nie można iść za daleko i rozpoznawać na podstawie rozbioru moczu choroby anatomicznej układu nerwowego; wyniki te jednak mogą nam dać wskazówkę, że narząd ten prawidłowo nie funkcyonuje.

Pozostaje jeszcze do omówienia wapno. I ten składnik zachowywał się u naszego chorego nieprawidłowo; chory w okresie pocenia się tracił w wydzielinach więcej, aniżeli przyjmował. Stosunek fosforu do wapna w wydzielinach 2,5:1 (prawidłowo 1:1) wskazuje, że fosfor w większej ilości ulegał wydzielaniu, aniżeliby to odpowiadało ilości wapna. Fosfor musiał się więc w tym przypadku wydzielać nadmiernie, nie tylko w połączeniu z wapnem, lecz i z alkaliami mianowicie potasem i sodem.

W okresie II, wśród podawania atropiny, zaszło bardzo niemiłe powikłanie ze strony przewodu pokarmowego. Nadmierne pocenie się zostało wprawdzie usunięte, wystąpiła jednak biegunka, wskutek czego wyniki nie występują tak przejrzyście. Największą różnicę widać w bilansie wody,

gdyż chory na przeciew niewyraźny (perspiratio insensibilis) i na utratę wody drogą płuc, zatrzymywał w tym okresie przeciętnie 700 grm. wody; w poprzednim zaś ta sama ilość wynosiła przeciętnie 1200 grm. Moglibyśmy ztąd wnioskować, że różnica między temi cyframi, t. j. 500 grm., stanowi ilość potu, który chory w pierwszym okresie wydzielał. Zmniejszenie ilości potu odbiło się zarówno na moczu jak i na kale, gdyż ilość wody, wydzielonej moczem, podniosła się o 100 grm. dziennie, ilość wody, wydzielonej w kale, o 300 grm.

Ilość chloru w II okresie uległa zmianie, chory wydzielał moczem i kałem więcej chloru, niż w okresie I. Przyczyny tego zwiększonego wydzielania należy nam szukać najprawdopodobniej w zaprzestaniu się pocenia. Zwróciliśmy poprzednio uwagę, że chlor równolegle z wodą zatrzymywany i wydzielany bywa. Wprawdzie w końcu II. okresu, dla przyczyn nieznanych, skład moczu, się zmienił; ale z wszelką słusznością, wobec istniejącej biegunki, możemy z temi liczbami się nie liczyć.

Ilość azotu nie uległa zmianie, pomimo zmniejszenia ilości potu; wprawdzie ilość azotu wydzielonego moczem o połowę się zmniejszyła, ale zato wskutek biegunki chory w kale wydzielał 7 grm. N, przez co bilans wykazał stratę azotu. W pierwszym okresie chory zatrzymywał dziennie 0.2 grm. N, w II okresie tracił 0,6 grm. N. Na pierwszy rzut oka wydawaćby się mogło, że i dla azotu moglibyśmy przyjąć podobny stosunek jak dla chloru, że przez zatrzymanie potu ilość azotu zatrzymanego w ustroju pomniejszy się, ponieważ chory, nie zużywając azotu na wydzielanie go potem, będzie go w większej ilości wydzielał moczem i kałem. Nie widzimy jednak przy azocie podobnie równoległego zachowania się do bilansu wody, jak przy chlorze, a także nie zapominajmy, że w naszym przypadku strata azotu potem jest tak drobna, że wpływu na bilans nie wywiera.

Na szczególną uwagę zasługuje fosfor, który wydzielany był obficiej w II okresie. Przyczyny tego szukać należy w biegunce, ponieważ, jak wiadomo, najznaczniejsza ilość wapna, (jako fosforan wapna), opuszcza ustrój przez jelita; i w rzeczy samej spotykamy też równocześnie w kale powiększenie ilości wydzielanego wapna. Wynik ten nie wpływa na to, co wyżej powiedzieliśmy o wydzielaniu fosforu i wapna w I okresie.

Zbierając wszystko, co powiedziano wyżej, przychodzimy do wniosku:

I. Przypadek ten jest nerwicą potową ośrodkową, odznaczającą się nieprawidłową czynnością ośrodków potowych i przebiegającą wśród depresyi nerwowej.

II. Zatrzymanie chloru w ustroju przy nadmiernem poceniu się, w naszym przypadku, jest tylko pozornem, nadmiar jego ulega wydzieleniu potem.

Literatura:

[1]) Luchsinger, [2]) Nawrocki, [3]) Adamkiewicz, [4]) Vulpian cyt. podług fizyolog Hermanna.
[5]) Landois Fizyologia.
[6]) Schweninger i Buzzi, Charité Annalen XV.
[7]) Piątkowski, Medycyna 1897.
[8]) Mundt, Dissertatio inauguralis. Halle 1888.
[9]) Möbius, Berliner klin. Wochenschr. 1883 Nr. 15.
[10]) Dupuy cyt. podług fiz. Hermanna.
[11]) Vulpian i Raymond, Compt. rend. 89.
[12]) Schweninger i Buzzi, op. cit.
[13]) Friedländer, Centralbl. f. Nervenheilk. Nr. 13 i 14, 1886.
[14]) Piątkowski op. cit.
[15]) Riehl, Wiener med. Presse 1883 Nr. 34 i 35.
[16]) Seguin, Schmidts Jahrbücher 150.
[17]) Ebstein, Virchows Archiv T. 62.
[18]) Ollivier, cyt. podł Jahresber. f. ges. Med. 1884.
[19]) Mundt, op. cit.
[20]) Funke, cyt. podł. fizyol. Landoisa.
[21]) Leube, Archiv. f. klin. Med. VII, 1870.
[22]) Noorden, Lehrbuch d. Path. d. Stoffwechsels.
[23]) Zuelzer, Virchows Archiv 1876.
[24]) Jones, cyt. podł. Jahresber. f. ges. Med. 1881.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. R. Spira. **Krwotoki uszne.** *(Osobne odbicie z „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften“. Z. 140, 141).*

Wylew krwi lub płynu krwawego z ucha może być różny tak ze względu na formę, jakoteż na stopień nasilenia i czas jego wystąpienia. Co się tyczy formy, to wylewający się płyn może być krwawo-surowiczy, krwawo-ropny lub wreszcie czysto krwawy. Co do nasilenia, to krwotok może być tak nieznacznym, że się krew nawet na zewnątrz nie wylewa, lecz pozostając w uchu, zasycha i ulega różnym dalszym losom. Co się tyczy czasu, to krwotok uszny może wystąpić jednorazowo i więcej się nie powtórzyć, lub też powraca w nieregularnych odstępach czasu, pod wpływem pewnych bodźców zewnętrznych, lub też i bez nich. W innych przypadkach występuje krwotok uszny w pewnych regularnych odstępach czasu lub też ma miejsce ustawicznie bez przerwy. Wreszcie mogą takiemu krwotokowi towarzyszyć różne podmiotowe i przedmiotowe objawy, a czasem znowu brak ich zupełny. Wszystkie te różnice co do formy nasilenia i przebiegu zależą prawie wyłącznie od rodzaju czynników przyczynowych.

Co do etyologii, to rozróżniamy: 1) krwotoki idyopatyczne, czyli pierwotne, i 2) następowe, występujące w przebiegu innych chorób. Pierwsze pojawiają się często bez znanej nam przyczyny i nieraz należy je wprowadzić w związek przyczynowy z ogólną neuropatyczną konstytucyą. Przyczyny krwotoków następowych szukać należy bądź a) w chorobach ogólnych lub miejscowych, bądź też b) w zaburzeniach całego narządu słuchowego; wreszcie c) w urazach bezpośrednich lub pośrednich, zabiegach operacyjnych itd.

1) Krwotoki idyopatyczne (pierwotne) z ucha występują jako bardzo rzadkie i arcyciekawe zjawisko u histeryczek i to najczęściej w czasie miesiączkowania (Terreri, Stepanow, Eitelberg, Gradenigo, Hang, v. Stein). Zwykle pokazuje się czysta krew w przewodzie usznym zewnętrznym, zazwyczaj w małej ilości, a wyjątkowo tylko w większej, lecz w takim razie może dojść do tego stopnia, iż utrata kwi co do ilości będzie większa, aniżeli przy prawidłowem miesiączkowaniu. Lecz krwotok taki nigdy nie przybiera groźnych rozmiarów. Co do czasu, to tu prawie zawsze zachodzi pewna okresowość, która jest w wyraźnym związku z miesiączką. Zdarza się często, że krwotok występuje bez żadnego zewnętrznego bodźca, czasami po pewnem natężeniu lub rozdrażnieniu, prawie zawsze z jednego ucha, wyjątkowo tylko obustronnie. W przewodzie usznym zwykle nie znajdujemy żadnych zmian. Objawów towarzyszących często wcale niema tak, iż chory dostaje krwotok nagle i niespodziewanie, wśród najlepszego zdrowia. Zdarza się jednak, że krwotok poprzedzają objawy zwiastunowe w postaci ogólnych lub miejscowych, podmiotowych rzadziej przedmiotowych, takich objawów jak: ogólne osłabienie i nieprawidłowe sensacye, duszność, bicie serca, obrzmienie małżowiny usznej, silny ból lub

zawrót głowy, lekkie kłócie lub nawet silne bóle, nadzwyczajne uczucie ciepła i świąd w uchu, osłabienie słuchu aż do zupełnej jego utraty. Wszystkie te objawy są tylko przemijające i znikają prędzej czy później z wystąpieniem i zniknięciem krwotoku. Rzadko zauważano u takich chorych krwotoki uszne poza okresem miesiączkowania. Badając ucho w takich przypadkach, nie znajdujemy zwykle w przewodzie usznym zewnętrznym żadnych zmian; czasem nawet bardzo trudno wyszukać punkt wyjścia krwotoku.

Przyczyny tych zastępczych krwotoków nie można dotychczas jasno uzasadnić; lecz najprawdopodobniej ma się rzecz tak, że ogólny nawał krwi w tym czasie do naczyń wywołuje *per diapedesin* wylew krwi z naczyń gruczołów woskowinowych, przedstawiających zapewne, z powodu swej właściwej budowy, *locus minoris resistentiae*. Zaznaczyć jednak wypada, iż w niektórych takich przypadkach istniał przewlekły nieżyt ucha środkowego, okoliczność, którą należałoby może uważać, jako czynnik usposabiający dla umiejscowienia krwotoku.

Pierwotne krwotoki uszne spostrzegano nadto u chorego na padaczkę, bezpośrednio po ataku i u nerwowej pacyentki, po silnem wstrząśnieniu umysłowem (Luc.). W tych przypadkach wprowadzano krwawienie w związek z nerwowem usposobieniem chorych i tłumaczono go zaburzeniami w układzie naczynioruchowym. W dwóch innych przypadkach poprzedzały krwotok zawroty głowy, odurzenie i głuchota, względnie silne bóle głowy, darcie w twarzy, ślepota (amaurosis), podmiotowe szmery i niedosłyszenie po odpowiedniej stronie. Oba te przypadki dotyczyły kobiet nerwowych. Krwotoki pierwotne nie sprowadzają zwykle żadnych cięższych następstw.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

Unna: **Leczenie** *lupus erythematosus. (Klin. ther. Woch.* 1898, 34). Autor omawia szczegółowo leczenie tej tak uporczywej choroby, opierając się na podstawach anatomicznych. O leczeniu wewnętrznem (jod, arszenik, ichtyol) wyraża się z wielkiem niedowierzaniem; jedynie tylko, gdy jest skłonność do obrzęku i przekrwienia, podaje z dobrym skutkiem węglan amonowy, ichtyol lub salicylan sodowy. Wszystkie środki zewnętrzne zaś rozdziela na sześć kategoryj. Do środków łagodzących należą pudry i pasty; pierwsze używane wtedy, gdy występują objawy zadrażnienia, drugie — więcej samoistnie, w celu usunięcia lekkich postaci chorobowych, lub dla zapobieżenia rozszerzaniu się. *(Puder: Zinc. oxyd., Boli rubr. aa. 2,0. Boli alb., Magnes. carbon. aa 3,0. Amyl. Oriz. 10,0. M. f. pulv. cuticolor.* — Pasta: *Pasta zinci sulfurat. Resorc. Ichtyol aa 1,0)*. Drugą gromadę stanowią środki uciskające: kolodyum, *gelanthum*, kleina cynkowa i opatrunki uciskające Engmanna i Unny. Do powyższych środków dodaje mydło szare (10—20%), kwas salicyl. (10%) i ichtyol (25%). Do 3 kategoryi należą środki wysuszające skórę: *pyraloxinum, chrysarobin. oxydat., ammon. sulfo-ichtyol., pyoctaninum* i rtęć w postaci maści i plastrów. Ze stanowiska anatomicznego najlepiej swe zadanie spełniają mydło szare i spirytus mydlany, jednak tylko wtedy, gdy działają w stanie wilgotnym, a więc albo pod opatrunkiem wilgotnym (Dunstverband), albo pod maską wilgoć utrzymującą. Powyższych środków jednak, jako silnie drażniących, unikać należy w postaci maści, a zastąpić je trzeba pastami lub maściami chłodzącemi (n. p. z octanami, wodą wapienną). Do tej gromady należy także t. zw. mikrobrenner Unny, którym przypala się miejsce najwięcej przekrwione w odległości 2—3 mm. odległości i przykrywa kolodyonem z ichtyolem. Ostrzejsze środki należą do złuszczających i wrzodziejących: kolodyum i mydła salicylowe i pasty złuszczające *(Pasta Zinc. Resorcin. Icht. aa)*, pyrogalol w znacznem zgęszczeniu, sublimat w postaci maści lub w kolodyum, kw. karbolowy, nalewka jodowa, chloral aa, wreszcie żegadło Paquelina. Autor nie jest zwolennikiem tych ostatnich ostrych środków, twierdzi bowiem, że szybko występują po nich nawroty. Podobnie wyraża się o środkach zapalenie wywołujących, jak nalewka jodowa, gliceryna jodowa, kwas chlorooctowy, roczyn Fowlera, kwas karbolowy itp. Jako ogólną zasadę wypowiada U., że z początku należy zawsze zbadać skórę środkami łagodniejszymi, o ile zdolna jest do podrażnienia, poczem dopiero przechodzić do środków ostrzejszych. Szczególnie zaleca mydła i całą gromadę środków osuszających, obok ucisku na skórę.

F. K.

A. G. Podrez Charkow: **Nowy sposób tworzenia połączeń w przewodzie żołądkowo-jelitowym** (gastroenterostomia i enteroanastomosis) *(Letopiś russkoj chirurgii* 1898, 4*)*. Potrzeba utworzenia połączenia pomiędzy różnemi częściami przewodu żołądkowo-jelitowego zdarza się przy obecnym rozwoju chirurgii tak często, że obie operacye, dążące do tego celu, *gastroenterostomia i enteroanastomosis* winny być zaliczane do rzędu takich zabiegów, jak herniotomia lub tracheotomia, które musi umieć wykonywać każdy lekarz, uprawiający chirurgię. Niestety, pomimo nader częstych wskazań do tych operacyj, wykonywane one bywają stosunkowo rzadko, rzadziej w każdym razie, niżby wykonywane być mogły i powinny. Przyczyna tego jest przedewszystkiem dość zawikłana technika operacyjna, wymagająca dość czasu do wykonania, a więc już przez to ciężka dla chorego, jak dowodzi statystyka, podająca 41—43% śmiertelności. Pragnąc możliwie uprościć i skrócić zabieg, wypróbował autor na zwierzętach następujący sposób postępowania, który zastósował i w 2-ch przypadkach u ludzi.

Po zbliżeniu do siebie powierzchni miejsc, które mają być ze sobą połączone, łączy on je jednym dość grubym szwem jedwabnym, który wkłówa w jednem miejscu ściany żołądka, przechodząc przez całą jej grubość do światła i wykłówa w odległości 2 ctm., poczem toż samo robi w ścianie jelita i, po wyprowadzeniu z niego szwu, wiąże mocno ze sobą końce nitki. Drugi taki sam szew zakłada prostopadle do pierwszego, który w ten sposób tworzy z nim krzyż. Dzięki takiemu założeniu szwów tkanka ścienna, zaciśnięta w splotach, ulega obumarciu już po 2—4 dniach i w ten sposób powstaje czworokątny ubytek w złączonych ścianach, które tymczasem zdążą już ze sobą zrosnąć, wcześniej, niż nastąpi owa perforacya. Dla większej pewności można dodać pomiędzy końcami krzyża po jednym szwie Lemberta, razem więc cztery. Doświadczenia na psach wykazały, że już 3, najpóźniej 4-go dnia wytwarza się komunikacya, początkowo w kształcie krzyżujących się szczelin, które stopniowo przemieniają się w czworobok skośny, przybierający z czasem postać owalną.

Z 2-ch przypadków klinicznych, gdzie zastósował autor ten zabieg, w pierwszym wykonał z powodu nowotworowego zwężenia odźwiernika gastroenterostomię; 17-go dnia po operacyi nastąpiła śmierć wskutek zwiększającego się wyczerpania sił. Sekcya wykazała zupełnie dobry zrost i dostateczną komunikacyę między zeszytymi narządami. Drugi chory, operowany niedawno, żyje. Główna zaleta operacyi polega na nadzwyczajnej prostocie i łatwości techniki, dzięki czemu wymaga zabieg ten bardzo mało czasu i może być wykonywany nawet u bardzo osłabionych chorych, tembardziej, że obejść się można bez uśpienia, lecz wystarcza tylko znieczulenie miejscowe. Jako dodatnią stronę wymienić należy także możność karmienia chorych i po operacyi, naturalnie odpowiednio ostrożnie. (Czy tylko zrost ścian tworzy się zawsze dość mocny, zanim nastąpi w nich perforacya? Przyp. ref.). *Kryński.*

Dr. M. Gnesda: **Przypadek 9 dni trwającego bezmoczu.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb. T. III. Str. 446)*. U 41-letniej położnej wycięto macicę, zajętą rakiem. Po operacyi wytworzyła się przetoka moczowodowo-pochwowa. Z tej przyczyny w 3 miesiące później wyłuszczono chorej prawą nerkę.

Chora zniosła zabieg ten bardzo dobrze i zupełnie zdrowa opuściła klinikę. Po 4-ch latach zgłasza się napowrót i podaje, że od kilku dni nie oddaje wcale moczu i nadaremnie kilkakrotnie w tym czasie wprowadzała sobie cewnik do pęcherza. Równocześnie z bezmoczem wystąpiła biegunka, do której dołączyły się potem wymioty. Zresztą czuje się zupełnie dobrze. Badanie w klinice wykazało zupełnie próżny pęcherz i domniemywano się, że przyczyna istniejącego bezmoczu, (anuria) jest mechaniczne zamknięcie moczowodu zachowanej lewej nerki. Natychmiast przystąpiono do założenia przetoki z miedniczki nerkowej na zewnątrz. Podczas operacyi stwierdzono, że miedniczka była zupełnie próżna, a sama nerka duża, lecz wiotka. Przez przeciąg 6-ciu dni po operacyi przez przetokę nie odeszła ani kropla moczu. Stan ogólny ciągle jednako znośny, bo prócz biegunki i wymiotów, żadnych innych objawów chorobowych, nie było. 6-go dnia wystąpił ogólny niepokój, wśród którego nastąpił skon. Sekcya wykazała: *Embolia arteriae renalis sinistrae ex endocarditide acuta valvulae aortae.*

Rzeczą niezwyczajną w tym przypadku było nieznaczne rozwinięcie się objawów mocznicy, mimo 9 dni trwającego bezmoczu i mimo braku charakterystycznych składników moczu w stolcach i treści wymiotowanej.

Herman.

Bechterew: **O psychopatycznem utrudnieniu w oddawaniu moczu.** *(Petsb. m. Woch. 1898).* Spostrzega się stosunkowo często, że istnieją ludzie, którzy mimo braku jakichkolwiek zboczeń ustrojowych w drogach moczowych lub ośrodkowym układzie nerwowym, nie mogą oddać moczu w obecności drugiej osoby. Autor tłómaczy to zboczenie w ten sposób: nadczułość zwieracza cewki mocz. prowadzi do zboczenia w czynnościach mięśni otwierających i zamykających pęcherz (m. detrusor i m. sphincter). Ośrodki tych mięśni, które autor badał u psów, jak cały narząd psychoruchowy, znajdują się u tych osobników w stanie przeczulenia, skutkiem czego zwieracz się nie otwiera, gdy mięsień otwierający się kurczy, bo pierwszy jest wtedy zanadto podrażniony. Tylko odwrócenie uwagi pomaga do zwiotczenia zwieracza i otwarcia cewki. Rokowanie w takich przypadkach nie bywa złe; brom i kąpiele usuwały najczęściej powyższe zboczenie. *F. K.*

F. Pendl: **Przyczynek do kazuistyki kamieni cewki moczowej.** *(Wien. klin. Woch. 35, 1898).* Autor opisuje dwa przypadki tego, nie często spotykanego, cierpienia. Pierwszy przypadek dotyczył kamienia, tkwiącego w cewce 10 ctm. od ujścia, wielkości fasoli, złożonego wewnątrz z soli moczanowych, a na zewnątrz otoczonego skorupą fosforanów, który wywołał zaciek moczowy i zapalenie pęcherza. Co do przyczyny w tym przypadku, to wiadomo autorowi, że kamień z pęcherza utkwił w cewce na 3 tygodnie przed operacyą, skutkiem przypuszczalnego zwężenia cewki; to spowodowało utworzenie się na nim skorupy z fosforanów z moczu amoniakalnego. W drugim przypadku wydobyto zapomocą cięcia pęcherza (sectio alta), obok kamieni z pęcherza, kamień, wielkości sporego grochu, z uchyłka części błoniastej cewki mocz., — u chorego, który już od dłuższego czasu cierpiał na kamienie pęcherzowe. Ze względu na ten ostatni przypadek czyni P. uwagę, że w razie uwięzgnięcia kamienia w tylnej części cewki moczowej należy zawsze wydobywać go zapomocą cięcia pęcherza. *F. K.*

P. Cohn: **O ile strup, powstały po spaleniu lub przyżegnięciu, chroni rany aseptyczne od zakażenia prątkiem błoniczym lub paciorkowcem ropotwórczym?** *(Z Instyt. hig. w Halli. Berl. klin. W.* Nr. 29, 1898). Wnioskując z licznych i ścisłych doświadczeń, podjętych na świnkach morskich, twierdzi C., że przeciw prątkom Löfflera, jakoteż paciorkowcom ropotwórczym, strup, powstały przez spalenie lub zadziałanie ałunu na ranę, niepewnie tylko chroni; że natomiast strupy po zadziałaniu siarkanu miedziowego chronią z zupełną pewnością przed wspomnianem zakażeniem. Najenergiczniej nakoniec chroni strup po spaleniu azotanem srebrowym: zabija on w jednej chwili zarodniki z nim się stykające i to nawet po spłókaniu nadmiaru azotanu srebra zapomocą rozczynu soli kuchennej.

Dr. B. Wojciechowski.

M. Kuzniecow (Charków): **O deskowatej flegmonie szyi.** *(Letopiś russkoj chirurgii* 1898, 4). Pod nazwą *phlegmon ligneux du cou* opisał przed paru laty prof. Réclus pewną postać zapalenia przewlekłego tkanki podskórnej na szyi, cechującą się pewnemi odrębnemi własnościami. Cierpienie to przedstawia się jako naciek bardzo twardy na przedniej lub bocznej powierzchni szyi, rozwijający się nader powoli, bez bólu i gorączki i utrzymujący się w takim stanie długo bez zmiany, i dopiero po kilku tygodniach, a często nawet miesiącach, powstają wśród nacieku ogniska rozmiękczenia z ropą. Obraz cierpienia przypomina bardzo naciek rakowy, twardy, to co francuzi nazywają *cancer en cuirasse*, tembardziej, że i gruczoły chłonne na szyi bywają powiększone, i rzeczywiście rozpoznanie bywa często trudne. Według Reclusa występuje zazwyczaj to cierpienie w wieku późniejszym, lub u osobników wyniszczonych.

Etyologia dotychczas jeszcze nie jest wyjaśniona. Réclus uważa tę postać flegmony za odmianę przewlekłych zapaleń ropnych skóry i tkanki podskórnej, zależną od różnych drobnoustrojów, których wylicza cały szereg. Oprócz koków ropotwórczych, znajdowano laseczniki durowe, błonicze, *bact. coli*, grzybek promienisty i inne.

Autor, przytoczywszy zapatrywania obecne na tę sprawę opisuje swój przypadek takiej twardej flegmony, z którego wyhodował z ropy paciorkowce i laseczniki gatunku *proteus*. Za przykładem Réclusa zachęca autor do ogłaszania spostrzeżeń odnoszących się do tej postaci chorobowej, któreby wyjaśniły ciemne strony w patogenezie cierpienia, dotychczas jeszcze dostatecznie nie wyodrębnionego i przez to często w oczach mało krytycznych lekarzy powiększającego liczbę przypadków raka „szczęśliwie wyleczonych“.

Kryński.

Dr. E. Koch: **Przyczynek objaśniający przypadki tężca po operacyach w jamie brzusznej.** *(Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 48. Z. 1. 1898). U 42-letniej pacyentki wykonano odcięcie nadpochwowe macicy, zajętej włókniakami. Kikut opatrywano pozaotrzewnowo. Przebieg pooperacyjny niemal prawidłowy, (bo notowano tylko wieczorami nieznaczny stan podgorączkowy), uległ znamiennemu zaburzeniu 7-go dnia. W tym to bowiem dniu wystąpił szczękościsk, stężenie w karku i sztywność kręgosłupa. Następnego dnia objawy rozwiniętego tężca ogólnego. Wieczorem 8-go dnia po operacyi chora zmarła. Po otwarciu zwłok znaleziono narządy wewnętrzne bez zmian, a w samym kikucie ognisko ropne, wielkości orzecha laskowego, utworzone wokoło węzła podwiązki katgutowej. Z ropy jak i z katgutu wyhodował K. typowe prątki tężcowe. Autor mniema, że przyczyną tężca było w tym przypadku zanieczyszczenie katgutu, jakkolwiek próby z pozostałą resztą jego wypadły ujemnie.

Herman.

E. Bumm: **Aseptyka i technika.** *(Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 27 r. 1898). W powyższym artykule wypowiada autor swoje zapatrywania na jedno z najważniejszych zagadnień chirurgii, a mianowicie jak należy operować, ażeby zapewnić ranie możliwie najlepsze warunki zgojenia. Postępowanie przeciw i bezgnilne jest nader ważnym środkiem ochronnym i gdyby można doprowadzić do tej doskonałości, ażeby ręce operatora i pole operacyjne były tak wyjałowione jak narzędzia i przybory, używane przy operacyi, wtedy ścisłe wykonywanie przepisów aseptyki dawałoby zupełną pewność pomyślnego gojenia się rany. Jak do dziś dnia jednak ochronienie zupełne rany od zakażenia jest rzeczą niemożliwą, nie umiemy bowiem zniszczyć drobnoustrojów umiejscowionych w głębszych warstwach skóry i nie możemy również ustrzedz rany od zetknięcia się z drobnoustrojami, które znajdują się zawsze w powietrzu. Mimo tych niedostatków osiągamy obecnymi sposobami postępowania przeciw i bezgnilnego bez porównania lepsze wyniki pooperacyjne, niż w czasach przed aseptycznych, a dzieje się

to, zdaniem autora, głównie z tego powodu, że przez dokładne odrażanie rąk, unikamy bezpośredniego przenoszenia zarazków z jednego chorego na drugiego, jak to bywało dawniej, gdy lekarz przeszczepiał wprost swoją zanieczyszczoną ręką n. p. wydzielinę ropnia, a więc zarazki chorobotwórcze, na świeżą ranę. Niebezpieczeństwo było w tym ostatnim przypadku tem większe, że zarazki przeszczepione bezpośrednio na drugi organizm, znajdują się w stanie największej jadowitości, są przystosowane do rozwoju w tkankach żywych, szybciej się rozmnażają niż drobnoustroje tego samego rodzaju, wzięte ze sztucznej pożywki i skutkiem tego więcej szkody mogą organizmowi wyrządzić.

Nie tylko jednak od stopnia jadowitości i rodzaju drobnoustrojów zakażających zależy sposób gojenia się rany, jest on także zawisłym od właściwości tkanek, w których się rana znajduje. Im gładszą jest powierzchnia zraniona, im krócej zabieg trwa, im mniej znajduje się w ranie cieczy przesączynowej lub wynaczynionej krwi, tem lepszymi są *ceteris paribus* warunki zgojenia. Ostatnie uwagi odnoszą się szczególnie do zabiegów, wykonywanych w jamie brzusznej, gdzie, podczas długiego trwania operacyi, nabłonek otrzewnej pod działaniem powietrza wysycha i może częściowo obumrzeć, może wytworzyć się wysięk surowicy, porażenie jelit, a nawet *shock* mięśnia sercowego. Jako przykład, jak wiele znaczy dobra technika przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych, przytacza autor myomotomię z zaopatrzeniem śródotrzewnowem kikuta.

Wyniki po tej operacyi, początkowo w znacznej liczbie przypadków niepomyślne, stały się wtedy dopiero dobrymi, gdy nauczono się zabieg szybko wykonywać, unikając znacznego obrażenia kikuta, ażeby tkanki jego zachowały całą swoją żywotność, a dalej, gdy poczęto zwracać większą uwagę na dokładne podwiązanie wszystkich naczyń krwawiących.

Piotrowski.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z d. 10 czerwca 1898 r.

Przewodniczący; Kol. Machek. — Obecnych członków 42.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. K w i a t k i e w i c z przedstawił płód z wadą rozwojową, tak zw. *hydranencephalus*.

3. Kol. prof. P r u s przedstawił wynik swych badań nad drogami przewodzenia padaczki korowej. W wyczerpującym wykładzie, ilustrowanym wielką liczbą preparatów mózgów z psów, które mu posłużyły do doświadczeń w tej sprawie, dochodzi prelegent do wniosku, że padaczkę można wywoływać po doszczętnem przecięciu dróg piramidalnych obustronnych, że zatem do powstania padaczki niepotrzebną jest obecność tych dróg ruchowych, że raczej powstanie padaczki po zadrażnieniu mózgu należy uważać za sprawę odruchową, a za przyczynę obustronnej lub jednostronnej (Jackson) padaczki przyjąć należy większą lub mniejszą siłę bodźca drażniącego. Piękna ta praca w całości ogłoszoną była w »Przeglądzie lekarskim«.

W ożywionej rozprawie zabierali głos: koll. prof. Antoni Gluziński, prof. Beck, prof. Sobierański, Uhma, Kučera i prelegent.

Sekretarz *Dr. Hojnacki.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dn. 15 Czerwca, 1898 r.

Przewodniczący: kol. Prezes Jakubowski. Członków obecnych 24.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. R u t k o w s k i przedstawił chorego z Kliniki chirurgicznej, cierpiącego na *ectopia vesicae*, u którego użył ściany jelitowej do plastyki pęcherza moczowego. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Kryński zaznacza, iż pomysł użycia ściany jelitowej do plastyki pęcherza moczowego zastósował w *ectopia vesicae* po raz pierwszy kol. Rutkowski i wynik, jak widzimy, otrzymał bardzo dobry. Próbowano używać w celach plastycznych ściany jelit do utworzenia pochwy, nawet pęcherza, to ostatnie jednak tylko doświadczalnie, na psach. W ten sposób osiągnąć można zupełne zamknięcie pęcherza; pozostaje jednak drugie następstwo *ectopiae vesicae*, najprzykrzejsze dla chorego, a mianowicie niemożność utrzymania moczu. Temu nie są w stanie zaradzić metody plastyczne, gdyż nawet w razie zeszycia ze sobą rozszczepionych brzegów szyjki pęcherza, znajdujące się w nich pierwiastki mięśniowe są zbyt słabo rozwinięte, aby mogły utworzyć dość silny zwieracz, a nawet niektórzy autorowie wprost zaprzeczają ich istnienia. Dlatego też chorzy tacy, pomimo zamknięcia jamy pęcherzowej, skazani są na noszenie ciągle sztucznych zbiorników moczu, które nadto w tych przypadkach z trudnością dają się zastósować dokładnie.

Wobec tego tem bardziej pociągająco przedstawia się dla chirurga ta metoda radykalna, która usuwa doszczętnie wszystkie przykre następstwa tego stanu. Jest to operacya zupełnego wycięcia ściany pęcherza i wszycia moczowodów do odbytnicy, zabieg, na którego następstwa zbyt czarno zapatruje się kol. Rutkowski. Wyniki otrzymane, między innymi, w przypadkach Maydla i jego przed 3 laty, przemawiają bardzo zachęcająco. W przypadku Kryńskiego w ciągu 2 lat po operacyi stan zdrowia operowanego, 20 kilkoletniego, mężczyzny, był zupełnie zadowalniający i niepokojących objawów ze strony nerek, czego głównie obawiać się tu można, nie było wcale. O dalszych losach chorego od roku nie ma wiadomości. Co się zaś tyczy trudności technicznych operacyi, to postępowanie Maydla znakomicie upraszcza zabieg i chroni w znacznym stopniu od zakażenia moczowody i nerki.

Kol. Rutkowski w odpowiedzi podaje, że jakkolwiek operacya Maydla usuwa wszystkie dolegliwości, to jednakowoż ze względu, że stwarza nieprawidłowe stosunki, groźne dla chorego, powtóre, że połączona jest z usunięciem prawidłowego narządu (pęcherza), to trzeba ją uważać za *malum necessarium*, i dla tego należałoby dążyć do lepszego rozwiązania sprawy, a jako krok naprzód uważa użycie jelita do plastyki pęcherza. Z chwilą zaś, kiedy chirurgom uda się wytwarzać zwieracze, sposób ten będzie jedynie racyonalnym.

Następnie kol. Ł e p k o w s k i przedstawił chorego z obturatorem, który dnia 7 stycznia wykonał zamach samobójczy w ten sposób, że ułożywszy się na podłodze, lufę z karabinu Mannlichera skierował pod szczękę dolną.

Po odwiezieniu chorego do szpitala stwierdzono ranę w podbródku, o brzegach poszarpanych, komunikującą z jamą ustną, szczęka dolna złamana w kierunku od wewnątrz i góry, na zewnątrz i ku dołowi. Nos i warga górna rozszarpane; lewy wyrostek szczęki górnej na 5 części złamany, przegród brak tak, że jama ustna z nosową tworzą jedną wspólną jamę o ścianach poszarpanych; język i podniebienie miękkie również poszarpane.

Z powodu znacznej duszności wykonano tracheotomię, odłamki zaś kostne, jako też i miękkie części, złączono szwami.

W czasie pobytu w szpitalu chory przebył gnilne zapalenie oskrzeli i różę twarzy.

Oto wyciąg z historyi choroby, łaskawie udzielony przez Dra Zdzisława Hordyńskiego, naczelnego lekarza oddziału chirurgicznego tutejszego szpitala wojskowego.

Chory ten zgłosił się w dniu 1 maja r. b. do prelegenta z prośbą, aby mu uzupełnił braki w jamie ustnej, umożebnił wymowę, żucie i uwzględnił poprawę szpetnego wyglądania twarzy, powstałego przez ubytki w kościach szczęki górnej i dolnej.

Trudności były wielkie, samo wzięcie odcisku było na razie niemożliwe, gdy otwarcie jamy ust, brak większej połowy szczęki górnej po stronie lewej, nie pozwalały ze względów mechanicznych na wprowadzenie łyżki z masą odciskową. Przez kilkanaście dni, rozwierając zwolna klinami drewnianymi, doprowadził prelegent otwarcie jamy ustnej do tego stopnia, że częściowo wprowadzając gips, otrzymał odcisk, na którym możliwe było zrobienie obturatora. Z jednej strony przymocowano klamrą, założoną na 2-ch zębach trzonowych, opuszkowanych blachą platynową, stronę zaś lewą wsparto sprężyną złotą, umocowaną od dołu i góry na kauczuku, wypełniającym ubytki szczęki dolnej i górnej. Dziąsła zastąpiła emalia kości kauczukowej.

Wynik jest dobry, chory może jeść, lepiej mówi, a bełkotanie zupełnie ustąpi, skoro kikut, pozostały z języka, wzmocni się przez ćwiczenie, a wydłuży przez podcięcie, którą to operacyę kol. Hordyński przyobiecał choremu uczynić.

Przypadek ten najlepiej dowodzi rozwoju techniki dentystycznej, jak wysoko stanęła i jak wiele z jej pomocą, nawet w tak rozpaczliwych przypadkach, jak przedstawiony, można osiągnąć.

Za sekretarza: *Dr. Grażyński.*

Posiedzenie nadzwyczajne w d. 13 lipca. 1898 r.

Przewodniczący: kol. Prezes Prof. Dr. Jakubowski Obecnych członków 30.

Posiedzenie to poświęcone było sprawie Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Po dłuższych rozprawach uchwalono, aby w razie odmownego załatwienia rekursu, wniesionego do pruskiego ministeryum przez Komitet gospodarczy Zjazdu, ogłosić w porozumieniu z innemi ciałami naukowemi protest, który ma być rozesłany do czasopism i instytucyj naukowych oświeconych narodów.

Za sekretarza: *Dr. Grażyński.*

VI. Sprawozdanie z IV-go Zjazdu w sprawie gruźlicy

odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia 1898 roku.

(Ciąg dalszy).

Bouchard i Claude (z Paryża) byli sprawozdawcami tematu: „Promienie Röntgenowskie a rozpoznawanie gruźlicy“. Radiografia nie zmieniła wprawdzie lekarskiego rozpoznawania, pozwala jednak sprawdzać i uzupełniać wyniki innych sposobów badania. Radioskopia ma tę wyższość nad radiografią, że dozwala badać ruchy narządów oddechania i krążenia. Przy prześwietlaniu X=promieniami klatki piersiowej zdrowego człowieka widać na ekranie cień kości, cień wątroby i wysuwający się poza granice cienia mostka — cień serca. U suchotników serce często jest małe i cień jego znika pod cieniem mostka. Płuca zdrowe są na ekranie jasne, nieco tylko zaciemnione ponad grzebieniem łopatki i z boków, gdzie znajdują się grubsze pokłady części miękkich. Oceniając wyniki radioskopii, należy być pewnym, że przy badaniu nie popełniono błędów technicznych i sprawdzać je zawsze zwykłem badaniem, przy którem można zaznaczyć granice stłumień drutami lub paskami papieru ołowianego, przytwierdzonymi na skórze. Wyniki radioskopii są równoległe do wyników opukiwania; stłumieniom odpowiadają na ekranie zaciemnienia. W gruźlicy płuc spotyka się zaciemnienie okolicy szczytów, które można rozpoznać łatwiej, zwracając uwagę na cień obojczyka: traci on wtedy swą wyrazistość. W późniejszych okresach gruźlicy występują cienie rozleglejsze i silniejsze, odpowiednio rozległym naciekom; części płuc zserowaciałe są zupełnie ciemne. W miejscach odpowiadających jamom gruźliczym, widać czasem pola jaśniejsze, otoczone ciemniejszą obwódką, leżące wśród przyćmionej wogóle przestrzeni płuc. W ostrej gruźlicy płuc daje radiografia wyniki tylko w przypadkach „pneumonia caseosa“; w przewlekłych postaciach suchot zmienia się obraz odpowiednio do istniejących zmian opłucnej. Wysięki opłucnej sprawiają zaciemnienie obrazu: zmiany takich cieni z dnia na dzień wskazują na obecność płynu. W odmie piersiowej wyjaśnia się nieprawidłowo brzeg boczny klatki piersiowej, a cień przepony leży niżej, niż zazwyczaj. Stopień ruchomości przepony daje także cenne wskazówki. Można także zapomocą radioskopii wykazać zmiany gruźlicze gruczołów oskrzelowych w postaci ciemnych okrągławych plam po obu stronach kręgosłupa na wysokości 2—3 i 4 kręgu piersiowego. Należy pamiętać, że niektóre cierpienia płuc dają przy badaniu promieniami Röntgena obrazy podobne, jak gruźlica, i umieć je odróżniać. Przekrwienie i obrzęk płuc dają cienie słabsze, niż gruźlica, znikające prawie zupełnie przy głębokich wdechach i zmienne z dnia na dzień. Zapalenie krupowe płuc daje cienie, odpowiadające granicom płatów. Rozedma płuc sprawia niezwykłe wyjaśnienie obrazu na zasłonie: przepona jest mało ruchomą. Rozszerzenia oskrzeli dają obrazy podobne do jam gruźliczych: wtedy należy uciec się do zbadania, czy miąższ płucny nie jest zresztą zmieniony. Zgorzel płuc badano dotąd raz tylko promieniami Röntgena i to z wynikiem ujemnym. Wogóle więc może radioskopia dostarczyć w gruźlicy płuc niejakich wskazówek rozpoznawczych: nie należy jednak wymagać od tego sposobu więcej, niż on dać może. W pewnych razach można wpaść na ślad gruźlicy, nie dającej się wykryć zwykłymi sposobami, jak to powiodło się Kelschowi u 51 na 124 badanych żołnierzy: i odwrotnie można z pomocą radioskopii upewnić się u osobników z nieżytem oskrzelowym, budzącym przypuszczenie gruźlicy, że nie ma zagęszczenia szczytów. Nadaje się także radiografia do dokładnego zapisywania stanu płuc w różnych okresach choroby. Mimo tych zalet nie wejdzie ona nigdy w powszechne użycie z powodu trudności wykonawczych; nie ma zaś mowy o tem, aby nawet w części mogła wyprzeć dotychczasowe sposoby badania.— Béclère (z Paryża) sądzi, że radioskopii należy używać zarówno z radiografią, gdyż oba sposoby uzupełniają się wzajemnie. W czasie badania radioskopią należy zmieniać natężenie wyładowań elektrycznych, a przez to urozmaicać rodzaj oświetlenia ekranu. Dobrze jest okolicę badaną umieszczać przed otworem nieprzepuszczalnej przepony metalowej. Radiografia jest sposobem ściślejszym, niż radioskopia, bo przeszkadza błędom podmiotowym w spostrzeganiu. Zmniejszyć je można jednakże, przyzwyczaiwszy oko do ciemności przez parę minut przed oglądaniem obrazu na ekranie. W gruźlicy utajonej, bez oznak fizykalnych, może radioskopia naprowadzić na przypuszczenie istnienia tej choroby, a zwłaszcza tam, gdzie ona ukrywa się pod maską niedokrewności, błednicy lub neurastenii. W gruźlicy przypuszczanej, lecz na pewno nie stwierdzonej, może prześwietlanie upewnić w rozpoznaniu; w gruźlicy zaś już rozpoznanej posiada ono wartość dla rokowania, mianowicie wykazując np. zagęszczenie obu szczytów, gdy klinicznie można je stwierdzić tylko w jednym, lub wykrywając zmiany głębokie, w sąsiedztwie wnęki płuc, dla zwykłego badania niedostępne i t. p.

Bergonié (z Bordeaux) i Teissier (z Paryża) zdawali sprawę: „O działaniu X=promieni na gruźlicę“. Prawie z pierwszą chwilą odkrycia X-promieni zauważono, że wywołują one na skórze rumień i wypadanie włosów, na błonach śluzowych pryszczyki i t. d. Stąd pochop zastosowania leczniczego X-promieni czyli tak zw. radioterapii. Wyniki prób w tym kierunku ocenić wogóle dość trudno, ponieważ różni badacze posługiwali się przyrządami rozmaicie zbudowanymi i t. p. Najwięcej używano w radioterapii rurek tak zw. bi-anodalnych Mureta, połączonych z cewką Rhumkorffa, do której prądu elektrycznego dostarczały bądźto stosy, bądź akumulatory. Siły X-promieni nie można dotychczas dostatecznie dokładnie mierzyć; względnie najlepsze usługi mogłyby tu oddać fotometry, zwłaszcza Imberta & Bertin-Sansa lub przenośny Bugneta. *Działanie X-promieni na hodowle prątków gruźliczych* badali Rieder, Pott i obaj sprawozdawcy; zdaje się, że promienie Röntgena nie są dla prątków Kocha zabójcze. Zwykłe światło słoneczne bezpośrednie zabija prątki Kocha już po 2 godzinach; natomiast zachowują one zdolność rozwoju nawet po 11 godzinnem działaniu X-promieni. Jednakże zdaje się, że jadowitość prątków Kocha pod działaniem X-promieni słabnie. *Działanie X-promieni na zwierzęta, zakażone gruźlicą*, byłoby, według badań dawniejszych (Lortet, Genoud, Fiorentini, Luraschi, Mühsam, Rodet, Bertin-Sans), korzystne i uprawniałoby do prób leczniczych w gruźlicy ludzkiej. Ma ono polegać nie tyle na osłabieniu żywotności i jadowitości prątków, ile na jakichś wpływach, podnoszących odporność tkanek ustroju. Jednakże w żadnem z odnośnych doświadczeń, nawet stosując X-promienie zapobiegawczo, nie zdołano uchronić zwierząt od śmierci z gruźlicy; mniejszy zaś stopień zmian gruźliczych, lub dłuższe życie zwierząt poddanych działaniu X-promieni są miarą zbyt niepewną, aby na jej podstawie wnosić o korzystnym wpływie radioterapii. Świeżo Teissier przeprowadził w pracowni Potaina liczny szereg (60) dokładnych doświadczeń z wynikiem niepomyślnym, ponieważ X-promienie nie uchroniły ani jednego zwierzęcia od gruźlicy, ani nie przedłużyły ani razu życia; to też doświadczenia te nie przemawiają zazastósowaniem radioterapii w gruźlicy ludzkiej. *Wpływ X-promieni na gruźlicę ludzką* badano wielokrotnie w gruźlicy i wilku skóry, w gruźlicy stawów, w końcu w suchotach płucnych. W wilku skóry zauważyli dobre wyniki leczenia: Albers-Schönberg (2 razy), Schiff i Freund (w kilku przypadkach) i Teissier (raz). Promienie Röntgena, stósowane miesiącami, wywołują w tych przypadkach silne zapalenie skóry, które później ustępuje, a wraz z niem zmiany gruźlicze znikają lub zmniejszają się. Należy jednak zauważyć, że jest rzeczą bardzo trudną odpowiednio ograniczyć rozległość i natężenie sprawy zapalnej, wywołanej przez X-promienie. Rzekomo pomyślne wyniki zastosowania X-promieni w gruźlicy stawów, o których piszą Kirmisson, Bazy, Lancaster, Sainton, nie budzą zaufania, ponieważ równocześnie używano innych sposobów leczenia (ustalenie, wyciąganie i t. d.). W każdym zaś razie posiadamy dziś sposoby leczenia gruźlicy stawów, prowadzące do celu łatwiej, prędzej, taniej, a przedewszystkiem pewniej, niż X-promienie. W końcu przegląd prób, dokonanych z promieniami Röntgena w gruźlicy płuc, świadczy, że nie wywierają one w tych przypadkach żadnego wpływu i są stanowczo nieużyteczne.—Dubard (z Dijon) i Destot (z Lyonu) nie stwierdzili żadnego wpływu X-promieni w 7 przypadkach suchot płucnych, natomiast zauważyli niejakie polepszenie w gruźlicy skóry. —Nocard również podaje w imieniu Rodeta i Bertin-Sansa (z Montpellier) do wiadomości, że badacze ci

stwierdził w doświadczeniach na zwierzętach, zakażonych gruźlicą, bezskuteczność radioterapii.

Teissier. „O ujemnem działaniu fluorescencyi na prątki gruźlicze“. Poddając hodowle prątków Kocha działaniu promieni ciał fluoryzujących: tlenku uranu i siarczku cynku nie można stwierdzić żadnych zmian ani w żywotności, ani w jadowitości drobnoustrojów.

Redard nadzwyczaj zaleca radiografią w przypadkach gruźlicy stawu biodrowego. Sposób ten może zwłaszcza w początkach cierpienia upewnić w rozpoznaniu, a dozwalając oznaczyć dokładnie siedzibę cierpienia, wykryć przesunięcia i zniekształcenia główki kości udowej, obecność odszczepów itd., dostarcza cennych wskazań leczniczych, których inne sposoby badania z powodu głębokiego położenia stawu dać nie mogą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 13 Października.

Czwarty wiec Izb lekarskich austryackich. Dnia 10 b. m. obradował we Lwowie IV-ty wiec delegatów Izb lek. austr. Na wiec ten przybyli prezydenci wszystkich prawie Izb austr.: Dr. Svetlin (Wiedeń), Dr. Adler (Austrya niższa), Dr. Nessel (Praga, Izba czeska), Dr. Petřina (Praga, Izba niem.), Dr. Brenner (Berno mor.), Dr. Gregorič (Lublana), Dr. Dvorzak (Cieszyn), Dr. Mayer (Innsbruck), Dr. Gramaticopulo (Pola), Dr. Fossel (Graz), Dr. Mitkiewicz (Czerniowce), Dr. Łazarski (Kraków). Przewodniczył prezydent Izby wschodnio-galicyjskiej, jako gospodarczej, Dr. Festenburg; obowiązki sekretarza pełnił Dr. Pisek, Nadto uczestniczył w obradach przez cały ciąg wiecu JW. protomedyk, c. k. radca namiestnictwa, Dr. Merunowicz.

Po serdecznem powitaniu przybyłych delegatów przez JW. wiceprezydenta c. k. Namiestnictwa, P. Lidla, w zastępstwie JE. P. Namiestnika, i po przemówieniu powitalnem JWP. Prezydenta miasta, Dra Małachowskiego, imieniem stolicy kraju, wyraził prezydent wiecu głęboki żal ogółu lekarzy austr., z powodu zgonu Cesarzowej i uprosił przedstawiciela rządu, by raczył u stóp tronu złożyć wyrazy tego smutku i bólu.

Z kolei przystąpiono do obrad, z których wkrótce obszerniej zdamy sprawę. Po zamknięciu obrad późnym wieczorem podejmowali koledzy lwowscy przybyłych w kasynie ziemiańskiem.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiell. poruczył zastępstwo dyrektora kliniki chirurgicznej I-szemu asystentowi tej kliniki, Drowi Maksymilianowi Rutkowskiemu.

* Kierownictwo krakowskiej Szkoły położnych poruczył Wydział lekarski doc. Aleksandrowi Rosnerowi, który jednocześnie zostanie przedstawiony na następcę opuszczającego Kraków prof. Marsa. Wykłady weterynaryi, do czasu mianowania stałego profesora, powierzono Panu A. Papému, I-szemu weterynarzowi m. Krakowa.

* Dnia dzisiejszego w południe, w murach Uniwersytetu, pożegna Wydział lekarski Uniw. Jagiell. prof Antoniego Marsa. Wieczorem zaś odbędzie się pożegnalna uczta dla opuszczającego Kraków profesora, w której wezmą udział nasze instytucye lekarskie.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę lwowskiego Wydziału lekarskiego, nadającą Drowi J. Wiczkowskiemu prawa docenta do wykładów z zakresu medycyny wewnętrznej.

* Sekcya stryjska Tow. lek. galic. odbyła posiedzenie w dniu 1 b. m. Po załatwieniu spraw administracyjnych i zawodowych opowiedział Dr. Jastrzębski o ciekawym przypadku przedziurawienia klatki piersiowej, zakończonem zupełnem wyzdrowieniem 14-letniego pacyenta.

* Dr. Parlavecchio opowiedział w rzymskiem Societa Lancisiana o szczęśliwie dokonanem przez niego zeszyciu kłótej rany serca. Dnia 7 lipca b. r. 20-letni mężczyzna otrzymał pchnięcie nożem w 5-te międzyżebrze okolicy przymostkowej; pomimo ciężkiej rany udał się on pieszo do szpitala San Giacomo, odległego o 200 metrów. Po upływie 5 godzin stwierdzono u ranionego odmę piersiową po stronie lewej z obfitem wynaczynieniem do jamy opłucnowej; jednocześnie stłumienie serca rozszerzyło swe granice, tony sercowe stały się głuchymi, a tętno zmalało i zmiękło. Podejrzywając ranę w sercu, dr. P. przystąpił do operacyi w 8 godzin od chwili zranienia. W uśpieniu chloroformowem naciął operator opłucnę w 5-tem międzyżebrzu, przyczem wylało się z jej jamy b. wiele krwi; po wycięciu kawałka 5-go żebra, odsłonił osierdzie, w którem była rana na 2 palce; po rozszerzeniu tej rany spostrzegł operator w okolicy koniuszkowej komórki lewej ranę długą na 3 — 5 ctm., przeszywającą ukośnie lewą komórkę, z której okresowo wytryskiwała krew. Ranę sercową zaszył on 4 jedwabnymi szwami, a następnie spoił ranę osierdziową i skórną. Operacya trwała 40 minut i zakończyła się zupełnem wyzdrowieniem chorego. Jest to już 3-ci przypadek wyzdrowienia po zaszyciu rany w sercu (»The Lancet« z 17 września).

* Według urzędowych sprawozdań umarło w Niemczech z ospy w roku 1896 osób 10, t. j. 0.19 na milion mieszkańców; wszystkich zaś chorych na ospę w r. sprawozdawczym było w Niemczech tylko 92, gdy w tymże roku chorowało w Austryi osób 2663, a we Włoszech 9036. Tak pomyślne wyniki w Niemczech są następstwem sumiennego wykonywania prawa o obowiązkowem szczepieniu.

* Na 62 mężczyzn, którzy w roku 1895 leczyli się na morfinizm, było 30 lekarzy; z 18 morfinistek zamężnych 3 były żonami lekarzy.

Nekrologia. W Miłochowie (gub. smoleńska) zmarł Dr. Leon Boguszewski w 66 roku życia. W Jałcie zmarł prof. farmakologii w Petersburgu, Dr. St. Kostiurin. W Kijowie zakończył życie Dr. Subotin, b. profesor higieny w Uniw. św. Włodzimierza.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Krytyce lekarskiej* (Nr. 10): Dra Małagowskiego W.: Lekarz, jako biegły przed sądem karnym (c. d.). Z pamiętników prof. Szokalskiego (dokoń.). Dra Giedroycia Fr.: Początki reklamy lekarskiej w Polsce. W *Zdrowiu* (Zeszyt 157): Artykuł wstępny. Kowalskiego Zdzisława Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów uniwersytetu warszawskiego. Dra Fidlera H.: Projekt nowej dyety szpitalnej. Urządzenia ku podniesieniu zdrowotności w Poznaniu. W *Medycynie* (Nr. 41): Dra Oderfelda H.: O operacyjnem leczeniu wypadnięcia prostnicy zapomocą »colopexis«. Dra Krakowa: Kilka słów w sprawie zszywania krocza położnicy, pękniętego przy porodzie, oraz opis modyfikacyi kleszczy porodowych. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 41): Dra Monsiorskiego Z.: O zewnętrznem badaniu akuszeryjnem i obrocie zewnętrznym. Dra Ettingera W.; Przypadek tężca, leczonego bez skutku surowicą przeciwtężcową.

Redakcya otrzymała:

— Kamieński St.: O właściwościach fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii. (Odczyty kliniczne, wydawane przez Redakcyę »Gazety Lekarskiej« Nr. 115, 116 i 117).

— Dr. Neugebauer Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (Odbitka). Warszawa, 1898 rok.

— Doc. Dr. Schramm H.: Beitrag zur Sehnentransplantation zur Behandlung der Fussdeformitäten in Folge von essentieller Kinderlähmung. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— Dr. Kowalski E: Untersuchungen über das Verhalten der Temperatur und der Circulation in den Bauchhöhlenorganen unter dem Einflusse von Umschlängen. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— Prof. Chodounský K.: Nastuzeni. Praga, 1898.

— Dr. Gruder L.: Ein Fall von doppelseitigen exulcerirendem Gumma der Augenlider. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 19 Października, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“ w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kol. Doc. A. Bossowski: Przedstawi chorych z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika.

2) Kol. Dr. Nartowski mówić będzie: „O morfologii i biologii komórki nerwowej“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.